

Psychological Evaluation of the Factors Affecting the Stress caused by COVID-19 Outbreak in the Medical Staff and the Community of Qazvin, Iran Spring 2020

Mahdieh Zarabadipour¹, Muhammad Reza Asgari Ghonche^{2*}, Somayeh Asgari Ghonche³, Monirsadat Mirzadeh⁴

¹ Assistant Professor, Department of Oral and Maxillofacial Medicine, Dental Caries Prevention Research Center, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

² Student of Dentistry, Student Research Committee, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

³ Clinical Psychologist, Qazvin, Iran

⁴ Assistant Professor, Department of Community Medicine, Metabolic Diseases Research Center, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

Received: 25 May 2020 Accepted: 16 July 2020

Abstract

Background and Aim: Since public health measures are the only way to control the spread of COVID-19, strict quarantine measures have been done around the world. This condition will definitely not be without psychological effects. The aim of this study was to determine the factors affecting the stress caused by COVID-19 in the medical staff and the general population.

Methods: This cross-sectional study was conducted by a researcher-made questionnaire on 326 people in Qazvin province, Iran in the spring of 2020. The questionnaire consisted of 40 questions, in 3 sections: demographic information, general and main questions related to COVID-19 stress. The questionnaire was made available to the study population in Qazvin through virtual networks.

Results: Of the 326 participants (117 men and 209 women), 71 were medical staff members and 255 in the general population. The mean stress scores of the general population, the medical staff in the corona and non-corona department, were reported 28.7 ± 8.4 , 30.1 ± 9 and 27.3 ± 7.8 , respectively, with no statistically significant difference among the groups ($p=0.374$). In the medical staff, access to social response systems ($p=0.02$), considerable weight change ($p=0.019$) and reluctance to perform daily activities ($p=0.001$) were among the factors that had a significant relation with stress score. For the general population, sex ($p=0.001$), the presence of a high risk elderly person in the family ($p=0.001$), having a fatal case due to COVID-19 in the family ($p=0.014$), exacerbation of the underlying disease ($p=0.003$), job closure ($p=0.007$), etc had significant relations with stress score.

Conclusion: According to the findings of the present study, the level of stress in the study population was mild, but the psychological effects of coronavirus epidemics are undeniable. Access to psychological counseling systems can be an effective way to improve a person's mental state in quarantine.

Keywords: Stress, Outbreak, COVID-19, SARS-CoV-2, Psychology.

*Corresponding author: Muhammad Reza Asgari Ghonche, Email: m.asgari77@yahoo.com

بررسی روانشناختی عوامل موثر بر استرس ناشی از همه گیری کرونا در کادر درمان و جامعه شهر قزوین، بهار ۹۹

مهديه زرابادی پور^۱، محمدرضا عسگری غنچه^{۲*}، سمیه عسگری غنچه^۳، منیرسادات میرزاده^۴

^۱ استادیار، گروه بیماری های دهان، فک و صورت، مرکز تحقیقات پیشگیری از پوسیدگی دندان، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

^۲ دانشجوی دندانپزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

^۳ روانشناس بالینی، قزوین، ایران

^۴ استادیار، گروه پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات بیماری های متابولیک، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

چکیده

زمینه و هدف: از آنجا که تنها راه کنترل همه گیری کووید-۱۹ اقدامات بهداشتی عمومی است، در سرتاسر جهان اقدامات قرنطینه ای سختی انجام شد. قطعاً این وضعیت، بدون تاثیرات روانشناختی نخواهد بود. هدف از انجام این مطالعه، تعیین عوامل موثر بر استرس ناشی از همه گیری کرونا در کادر درمان و عموم مردم می باشد.

روش ها: این مطالعه مقطعی، توسط پرسشنامه محقق ساخته، بر روی ۳۲۶ نفر از جمعیت استان قزوین در بهار ۱۳۹۹ انجام گرفت. پرسشنامه مذکور شامل ۴۰ سوال، در ۳ بخش اطلاعات دموگرافیک، سوالات عمومی و اصلی در رابطه با استرس ناشی از کرونا بود. پرسشنامه از طریق شبکه های مجازی در دسترس جامعه مورد مطالعه در شهر قزوین قرار گرفت.

یافته ها: از ۳۲۶ نفر (۱۱۷ آقا و ۲۰۹ خانم) شرکت کننده، ۷۱ نفر از اعضای کادر درمان و ۲۵۵ نفر از عموم مردم بودند. میانگین نمره استرس عموم مردم، کادر درمان مشغول در بخش بیماری کرونا و غیرکرونا، به ترتیب $28/7 \pm 8/4$ ، $30/1 \pm 9$ و $27/3 \pm 7/8$ گزارش شد که از نظر آماری تفاوت معناداری بین گروه ها یافت نشد ($p=0.374$). در کادر درمان، دسترسی به سیستم های پاسخگویی اجتماعی ($p=0.02$)، تغییر محسوس وزن ($p=0.019$) و بی میلی به انجام فعالیت های روزمره ($p=0.001$) از جمله عواملی بودند که با نمره استرس افراد رابطه معناداری داشتند. در خصوص عموم مردم نیز، جنسیت ($p=0.001$)، وجود سالمند در معرض خطر در خانواده ($p=0.001$)، داشتن مورد فوتی ناشی از بیماری کرونا در خانواده ($p=0.014$)، تشدید بیماری زمینه ای ($p=0.003$)، تعطیل شدن شغل ($p=0.007$) و... با نمره استرس روابط معناداری داشتند.

نتیجه گیری: بر اساس یافته های مطالعه حاضر، سطح استرس در کل جمعیت مورد مطالعه براساس طبقه بندی تعریف شده در حد خفیف قرار داشت اما تاثیرات روانی ناشی از همه گیری بیماری کرونا غیرقابل انکار است. دسترسی به سیستم های مشاوره روانشناسی می تواند کمک موثری به بهبود شرایط روانی افراد در قرنطینه بنماید.

کلیدواژه ها: استرس، همه گیری، کووید-۱۹، کروناویروس، روانشناسی.

مقدمه

روزهای پایانی سال ۲۰۱۹ میلادی، پس از اینکه مردم بدون علت دچار پنومونی شدند، نوع جدیدی از کروناویروس شناسایی شد (۱). کروناویروس ها خانواده بزرگی از ویروس ها هستند که از ویروس سرماخوردگی معمولی تا عامل بیماری های شدیدتری همچون SARS و MERS را شامل می شوند. این ویروس جدید بعدها با نام سندروم حاد تنفسی کرونا ویروس ۲ (SARS-CoV-2) شناخته شد و به دلیل سرایت بالایی که داشت، خیلی زود در چین و سپس در سرتاسر دنیا شیوع پیدا کرد (۲). تا زمان نگارش این متن، ۳۱ اردیبهشت ۱۳۹۹ مصادف با ۲۰ می ۲۰۲۰، در جهان، بر اساس یافته های آزمایشگاهی ابتلای ۲۰۵ ۷۸۹ نفر، و جان باختن ۳۱۸ ۷۸۹ نفر از بیماران مورد به تایید سازمان جهانی بهداشت رسیده است. این آمار در ایران هم بصورت ۱۲۴۶۰۳ مورد ابتلا و ۷۱۱۹ مورد فوتی می باشد که خبر از یک وضعیت اورژانسی سلامت همگانی می دهد (۳).

در خصوص بیماری کووید-۱۹ که یک بیماری عفونی به شدت مسری است و از طریق تماس نزدیک فرد به فرد منتقل می شود (۴)، متوسط تعداد افرادی که در جامعه توسط یک فرد مبتلا می توانند آلوده شوند، ۲/۸ تا ۳/۸ برآورد شده است که با در نظر گرفتن میانگین ۳/۵ نفر، بیش از ۷۰٪ جامعه به این بیماری مبتلا می شوند. (۵).

نظر به اینکه تنها راه کنترل بیماری اقدامات بهداشتی عمومی است، این بیماری توانست طی مدت زمان کوتاهی در جهان اقدامات قرنطینه ای سختی را سبب شود (۶). قرنطینه را می توان اختیاری یا به اجبار در سطح فرد یا جامعه بکار گرفت. معمولاً قرنطینه اختیاری و خانگی ارجحیت دارد (۷،۸) و مدت زمان قرنطینه هم باید برابر با بیشینه دوره کمون بیماری (۲۱-۱۴ روز) باشد. فاصله گذاری اجتماعی هم شکلی از قرنطینه است که برای کاهش تعاملات بین مردم در یک جامعه انجام شده و در مقیاس وسیع می تواند به تعویق انداختن پیک اپیدمی به سیستم درمانی فرصت دهد تا بتواند در برابر انبوه بیماران تاب آوری بیشتری داشته باشد. (۷).

قطعاً این سیاست سختگیرانه در قرنطینه ماندن، بدون تأثیرات روان شناختی، اجتماعی و اقتصادی نخواهد بود و موجب انزوای اجتماعی، ضررهای مالی، تبعیض و... می شود. همچنین آگاهی محدود بشر از این بیماری و اخبار و شایعات مرتبط با آن باعث ایجاد و افزایش اضطراب و ترس، بی حوصلگی، ناامیدی و... می گردد (۶). پس تنها توجه به اقدامات بهداشتی بیماران برای مقابله با بیماری کافی نیست، بلکه مراقبت های روانشناختی نیز برای کاهش استرس و فشارهای روانی ضروری می باشند (۹). بعنوان مثال Lim در مطالعه خود عنوان کرده است که حمایت های اجتماعی از سوی جامعه، فشارهای روانی ناشی از بیماری ابولا را کاهش می دهد (۱۰).

از آنجا که هنوز گمانه زنی های زیادی در مورد نحوه و میزان ابتلا به این بیماری وجود دارد، ممکن است افراد بدلیل ترس از بیمار شدن یا فوت کردن، ناتوانی در مدیریت استرس یا احساس گناه به دنبال ابتلا، دست به استفاده از روشها و داروهای غیرقابل اطمینانی بزنند که برایشان مضر باشد (۱۱).

مطالعات زیادی گزارش داده اند که این همه گیری می تواند علائم جدید روانپزشکی را در افراد فاقد بیماری روانی ایجاد کند و وضعیت مبتلایان به بیماری های روانی از قبل را وخیم تر کند (۱۱) و افزایش طول مدت قرنطینه با افزایش سرسام آور این اختلالات همراه خواهد بود (۱۲). مطالعه متاآنالیز Brooks به عوارض منفی ناشی از قرنطینه اشاره کرده است و PTSD، سردرگمی و عصبانیت را از نتایج مرتبط با این پدیده عنوان می کند (۶). Lin و Cava هم در مطالعات خود در خصوص دوران همه گیری SARS عنوان کرده اند که علی رغم تفاوت های فردی، اکثر افراد حس انزوا و مشکل رویارویی با فشارهای روانی را تجربه کردند (۱۳،۱۴).

Al-Rabiaah و همکاران در مطالعه خود گزارش کردند که کادر خط اول درمان نیز از این قاعده مستثنی نیستند و این افراد هم تحت تأثیر این فشارهای روانی قرار می گیرند (۱۵). هم چنین ممکن است این گروه بسیار آسیب پذیرتر از سایر افراد جامعه بوده و میزان افسردگی و اضطراب بالاتری هم داشته باشند (۱۶،۱۷).

نظر به اینکه مطالعات اندکی در مورد بیماری کووید-۱۹ صورت گرفته است، نیاز به بررسی اثرات روان شناختی این پدیده نوظهور احساس می شود و شناسایی و ارائه مداخله برای آسیب دیدگان در مراحل اولیه از اهمیت ویژه ای برخوردار است. لذا هدف از انجام این مطالعه، تعیین عوامل موثر بر استرس ناشی از همه گیری کرونا در کادر درمان و عموم مردم در شهر قزوین می باشد.

روش ها

مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی (توصیفی-تحلیلی) بر پایه یک پرسشنامه آنلاین محقق ساخته می باشد؛ لینک مستقیم پرسشنامه آنلاین در بهار سال ۱۳۹۹ از سوم تا نهم اردیبهشت ماه از طریق شبکه های مجازی در دسترس ۳۲۶ نفر از جمعیت شهر قزوین (عموم مردم و کادر درمان) قرار گرفت. معیار ورود به مطالعه رضایت شخص برای پر کردن پرسشنامه و متوجه شدن مفهوم کلیه سوالات پرسشنامه بود همچنین افرادی که به هر دلیلی از شرکت در مطالعه و پر کردن پرسشنامه انصراف دادند از مطالعه خارج شدند. ملاحظات اخلاقی مورد نیاز از جمله کسب اجازه از کمیته اخلاق (با کد اخلاق IR.QUMS.REC.1399.120) و شورای پژوهشی دانشگاه و کسب رضایت از شرکت کنندگان نیز لحاظ شد.

پرسشنامه محقق ساخته مذکور، با ضریب همسانی درونی یا آلفای کرونباخ ۰/۷۸۹ دارای پایایی تایید شده و با CVI=98.82

بر اساس نوع متغیر محاسبه و توسط تست های آماری independent t test برای بررسی رابطه متغیرهای کمی با کیفی دوحالته و one way ANOVA برای بررسی متغیرهای کمی با کیفی سه حالت مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سطح معنی داری نیز کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

در مقایسه نتایج سطح استرس عموم مردم، کادر درمان مشغول در بخش بیماری کرونا و غیرکرونا، میانگین نمره استرس آنها به ترتیب (۲۸/۷±۸/۴)، (۳۰/۱±۹/۰) و (۲۷/۳±۷/۸) گزارش شد که براساس طبقه بندی تعریف شده همگی در حد خفیف یوده و از نظر آماری نیز بین این گروه ها تفاوت معناداری یافت نشد (p=0.374). از مجموع ۳۲۶ نفر شرکت کننده در این مطالعه، ۱۱۷ آقا (۳۵/۹٪) و ۲۰۹ خانم (۶۴/۱٪) در مطالعه شرکت داشتند. ۴۹٪ از این جمعیت متاهل و ۵۱٪ مجرد و شایع ترین بازه سنی در افراد مورد مطالعه، ۲۵-۴۰ سال بود. جامعه مورد مطالعه شامل ۷۱ نفر از اعضای کادر درمان (۲۱ نفر شاغل در بخش بیماری کرونا و ۵۰ نفر شاغل در بخش های دیگر) و ۲۵۵ نفر از عموم مردم می باشد. ۷۱/۵٪ از این جامعه عدم ابتلا به بیماری های زمینه ای و مابقی ابتلا به بیماری هایی چون مشکلات قلبی، دیابت، انواع سرطان، بیماری های اعصاب، مشکلات تیروئید، بیماری های روانپزشکی و... را گزارش کردند. اطلاعات توصیفی جمعیت مورد مطالعه در جدول-۱ خلاصه شده است.

دارای روایی تایید شده توسط ۵ نفر از روانشناسان قزوین بود. این پرسشنامه شامل ۴۰ سوال مجزا، در سه بخش اطلاعات دموگرافیک (۶ سوال)، سوالات عمومی (۲۱ سوال) و سوالات اصلی پنج گزینه ای بر اساس مقیاس لیکرت (۱۳ سوال) بود. فقط پرسشنامه هایی که بطور کامل پر شده بودند وارد مطالعه شدند. در بخش اطلاعات دموگرافیک اطلاعات غیر محرمانه بیمار از قبیل سن، جنس، وضعیت تاهل (مجرد یا متاهل) و تعداد فرزندان، مدرک تحصیلی (زیر دیپلم تا دکتری و بالاتر)، شغل و سابقه ابتلا به بیماری کرونا و بیماری های زمینه ای پرسیده شد. برای نمره دهی سوالات اصلی پنج گزینه ای به ازای هر پاسخ هرگز ۱ نمره، به ندرت ۲ نمره، گاهی ۳ نمره، اغلب ۴ نمره و همیشه ۵ نمره به شرکت کننده تعلق گرفت. در پایان پر کردن پرسشنامه به هر شرکت کننده بر اساس جمع امتیاز تعلق گرفته، نمره اضطراب و استرس داده شد و فایل های کمکی جهت بهبود شرایط روانی، در دسترس همگان قرار گرفت. محاسبه نمره استرس هم بدین صورت بود که نمرات بین ۳۹-۵۲ دارای استرس خفیف، نمرات بین ۵۲-۳۹ دارای درجه متوسط و نمرات ما بین ۶۵-۵۲ دارای درجه شدید استرس تلقی شدند. نمرات کمتر از ۲۶ نیز دارای استرس قابل توجهی نبودند. علاوه با همکاری همکار روانشناس مطالعه، سیستم کمک های روانشناسی تلفنی جهت کمک به افراد با درجه استرس متوسط و بالا معرفی شد.

داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ وارد کامپیوتر شدند و نتایج توصیفی با محاسبه فراوانی و میانگین و انحراف معیار

جدول-۱. توزیع سنی و شغلی شرکت کنندگان در مطالعه استرس ناشی از بیماری کرونا در کادر درمان و عموم مردم شهر قزوین در بهار ۹۹

متغیر							
سن							
بازه های سنی (سال)							
تعداد (درصد)		زیر ۱۸	۱۸-۲۵	۲۵-۴۰	۴۰-۵۵	بالای ۵۵	
		۷ (۲/۱٪)	۱۱۳ (۳۴/۷٪)	۱۱۸ (۳۶/۲٪)	۶۶ (۲۰/۲٪)	۲۲ (۶/۷٪)	
شغل							
عناوین شغلی							
		بیکار	دانشجو/ دانش آموز	آزاد	دولتی	کادر درمان مشغول در بخش بیماری کرونا	کادر درمان مشغول در بخش های دیگر
تعداد (درصد)		۱۵ (۴/۶٪)	۱۲۰ (۳۶/۸٪)	۲۵ (۷/۷٪)	۴۹ (۱۵/۰٪)	۲۱ (۶/۴٪)	۵۰ (۱۵/۳٪)
							۴۶ (۱۴/۱٪)

معرض خطر در خانواده، مورد فوتی ناشی از بیماری کرونا در خانواده، احساس نیاز به مشاوره در خصوص بیماری کرونا، دسترسی به سیستم های پاسخگویی اجتماعی، رعایت محدودیت ها، تشدید بیماری زمینه ای، تماس با اورژانس پزشکی، تغییر محسوس وزن، بی میلی به انجام فعالیت های روزمره، نگرانی درخصوص به خطر افتادن شغل و نمره استرس افراد روابط آماری معناداری یافت شده است. در خصوص عموم مردم مورد مطالعه نیز جنسیت، وجود سالمند در

آمار یافته های مربوط به نمره استرس به تفکیک متغیرهای جمعیت شناختی و سایر متغیرها نیز در جدول-۲ ارائه شده است. بر اساس نتایج مورد مشاهده در کادر درمان بین دسترسی به سیستم های پاسخگویی اجتماعی، تغییر محسوس وزن، بی میلی به انجام فعالیت های روزمره، نگرانی درخصوص به خطر افتادن شغل و نمره استرس افراد روابط آماری معناداری یافت شده است. در خصوص عموم مردم مورد مطالعه نیز جنسیت، وجود سالمند در

جدول ۲- مقایسه نمره استرس و متغیرهای مورد بررسی مطالعه در کادر درمان و عموم مردم شهر قزوین در بهار ۹۹

معناداری آماری	عموم مردم		معناداری آماری	کادر درمان		
	انحراف معیار	میانگین نمره استرس		انحراف معیار	میانگین نمره استرس	
سن	۰/۹۲۵	۱۰/۴۸	۰/۱۱۵	-	-	زیر ۱۸
		۸/۶۴		۱۷/۴۱	۳۳/۶	۱۸-۲۵
		۷/۵۱		۷/۱۹	۲۸/۷	۲۵-۴۰
		۹/۵۲		۶/۷۵	۲۴/۳	۴۰-۵۵
		۸/۲۱		۷/۷۰	۲۹/۰	بالای ۵۵
جنس	۰/۰۰۱**	۷/۴۸	۰/۰۹۶	۵/۹۲	۲۵/۷	آقا
		۸/۷۸		۸/۸۵	۲۸/۹	خانم
وضعیت تاهل	۰/۶۳۲	۸/۴۰	۰/۳۰۴	۷/۸۱	۲۶/۸	مجرد
		۸/۵۰		۸/۵۶	۲۸/۹	متاهل
وجود کادر درمان در خانواده	۰/۲۲۷	۸/۶۴	۰/۵۰۳	۹/۳۶	۲۸/۷	خیر
		۸/۰۰		۷/۰۱	۲۷/۴	بله
وجود سالمند در معرض خطر در خانواده	۰/۰۰۱**	۶/۶۳	۰/۶۶۳	۱۰/۶۲	۲۹/۰	خیر
		۹/۱۹		۷/۵۰	۲۷/۸	بله
مورد ابتلا به بیماری کرونا در خانواده	۰/۲۰۸	۸/۷۸	۰/۵۷۳	۸/۵۴	۲۷/۴	خیر
		۸/۰۹		۸/۱۷	۲۸/۶	بله
مورد فوتی ناشی از بیماری کرونا در خانواده	۰/۰۱۴*	۸/۳۴	۰/۷۰۴	۸/۷۵	۲۷/۹	خیر
		۸/۵۶		۷/۲۴	۲۸/۶	بله
احساس نیاز به مشاوره در خصوص بیماری کرونا	۰/۰۰۱**	۷/۶۶	۰/۱۳۰	۸/۰۸	۲۷/۳	خیر
		۹/۳۶		۸/۶۴	۳۱/۵	بله
دسترسی به سیستم های پاسخگویی اجتماعی	۰/۰۴۰*	۱۰/۴۱	۰/۰۲۰*	۹/۱۵	۳۲/۷	خیر
		۷/۵۸		۷/۵۱	۲۶/۶	بله
رعایت محدودیت ها	۰/۰۰۲*	۶/۴۸	۰/۴۶۶	۷/۰۶	۲۷/۰	خیر
		۸/۸۵		۸/۶۹	۲۸/۵	بله
دوری از افراد مشکوک به بیماری کرونا	۰/۳۹۰	۸/۷۳	۰/۲۶۱	۵/۹۶	۲۵/۴	خیر
		۸/۴۸		۸/۴۹	۲۸/۴	بله
تذکر به سایرین درخصوص بیماری کرونا	۰/۶۴۶	۱۱/۶۰	-	-	۲۳/۰	خیر
		۸/۳۸		۸/۳۲	۲۸/۲	بله
تشدید بیماری زمینه ای	۰/۰۰۳*	۷/۸۲	۰/۰۸۲	۷/۵۸	۲۷/۲	خیر
		۱۲/۶۳		۶/۵۹	۳۴/۰	بله
مصرف بیش از پیش یا روی آوردن به	۰/۶۱۵	۸/۱۴	۰/۹۴۸	۸/۴۰	۲۸/۱	خیر
		۱۴/۲۱		۷/۶۸	۲۸/۳	بله

دخانیات و مشروبات الکلی						
تماس با اورژانس پزشکی	خیر	۲۸/۰	۸/۳۸	۰/۴۸۷	۲۷/۷	۷/۳۲
	بله	۳۱/۰	۶/۰۸		۴۲/۲	۱۱/۲۵
تغییر محسوس وزن	خیر	۲۶/۸	۷/۷۹	۰/۰۱۹*	۲۸/۰	۸/۱۶
	بله	۳۳/۰	۸/۵۲		۳۲/۱	۹/۲۴
بی میلی به انجام فعالیت‌های روزمره	خیر	۲۵/۱	۶/۲۴	۰/۰۰۱**	۲۵/۸	۶/۹۶
	بله	۳۳/۶	۸/۸۹		۳۲/۶	۸/۸۱
کاهش خروج از منزل حتی در موارد ضروری	خیر	۲۶/۲	۵/۳۱	۰/۱۱۸	۲۶/۶	۸/۵۱
	بله	۲۹/۰	۹/۳۰		۲۹/۷	۸/۳۳
نگرانی در خصوص به خطر افتادن شغل	خیر	۲۶/۴	۸/۱۳	۰/۰۴۰*	۲۷/۸	۸/۵۹
	بله	۳۰/۵	۸/۰۳		۲۹/۷	۸/۳۰
سطح تحصیلات	زیر دیپلم	-	-	۰/۹۲۱	۲۸/۴	۹/۴۹
	دیپلم و فوق دیپلم	۲۶/۰	۴/۵۸		۲۹/۶	۸/۲۶
	کارشناسی	۲۸/۴	۹/۹۵		۲۹/۵	۹/۲۹
	ارشد	۲۶/۹	۵/۲۳		۲۷/۳	۸/۰۱
	دکتری و بالاتر	۲۸/۴	۷/۹۷		۲۶/۷	۵/۷۱
تنها ماندن در قرنطینه خانگی	خیر	۲۷/۷	۹/۲۶	۰/۸۷۶	۳۳/۲	۱۲/۳۰
	بله	۲۸/۱	۸/۲۰		۲۸/۴	۸/۰۹
تعطیل شدن شغل	خیر	۲۷/۷	۸/۸۱	۰/۳۶۴	۲۶/۸	۸/۲۰
	بله	۲۹/۵	۵/۹۵		۲۹/۸	۸/۴۹

معناداری آماری کمتر از ۰/۰۵*

معناداری آماری کمتر از ۰/۰۰۱**

بحث

حوادث و اتفاقات ناگهانی که تهدید کننده سلامت عمومی هستند خواسته و ناخواسته سبب بروز تغییرات زیادی در روحیات و زندگی افراد مختلف جامعه می شوند (۱۸، ۱۹). اثرات روانی ناشی از همه گیری ها و اپیدمی ها همیشه مورد توجه محققین مختلف بوده است (۲۰، ۲۱). در همه گیری جدیدی که از شهر ووهان چین در اواخر سال ۲۰۱۹ آغاز گردید هم همین مشکلات روانی بطور واضحی نمایان گشت (۱۸، ۲۲).

مطالعه حاضر که بر روی تعداد ۳۲۶ نفر از جمعیت ساکن در استان قزوین-ایران انجام گرفت، اثرات روانی ناشی از بیماری جدید کووید-۱۹ را مورد ارزیابی قرار داد. براساس یافته های این مطالعه میانگین نمره استرس ناشی از بیماری در کل جمعیت مورد مطالعه ۲۸/۴ بود که براساس طبقه بندی تعریف شده در حد خفیف قرار داشت. مشابه مطالعه حاضر غالب افراد شرکت کننده در مطالعه

Al-Rabiaah هم استرس و اضطراب خفیفی را تجربه کرده بودند (۱۵). چون ترس ناشی از همه گیری یک عفونت پدیده ای شایع و قابل درک است که می تواند هر فردی را در هر طبقه اجتماعی و هر جنسیتی درگیر سازد (۱۱).

این مطالعه در یک بازه زمانی ۷ روزه و در دورانی که هنوز قرنطینه های اجباری و محدودیت های تردد افراد تا حدودی به قوت خود پابرجا بود انجام گرفت. جمعیت مورد مطالعه علاوه بر جمعیت عادی مردم استان قزوین شامل پرسنل کادر درمان (در بخش های مرتبط با بیماری کووید-۱۹ و در سایر بخش ها) نیز بود. Li نیز در مطالعه خود به مقایسه پرستاران شاغل در بیمارستان ها با عموم مردم پرداخته است (۱۲). از آنجا که بخش بزرگی از بار مسئولیت و استرس ناشی از بیماری بر دوش کادر درمان پزشکی می باشد لازم است که فاکتورهای موثر بر اضطراب و استرس این افراد هم مورد بررسی قرار گیرد.

MERS اضطراب زیادی را در خصوص ابتلای افراد خانواده شان به بیماری متحمل شده بودند ولی مشابه نتایج مطالعه حاضر، پزشکان و کادر سلامت کمترین میزان استرس را در این مطالعه بروز دادند (۱۵). این امر می تواند به دلیل کسب اطلاعات کافی در خصوص بیماری و تسلط بر راه های درمان و پیشگیری در کادر درمان و سلامت باشد. نگرانی در مورد سلامت خانواده در این دوران در مطالعه خدابخشی کولایی هم مورد تایید قرار گرفته است (۲۵). در این مطالعه سابقه ابتلای یکی از اقوام و آشنایان به بیماری تأثیری در نمره استرس هریک از افراد نداشت. منتهی سابقه وقوع مرگ ناشی از بیماری در افراد عادی مسبب نمره استرس بالاتر و معنادارتری شد که این رابطه در کادر درمان مشهود نبود که احتمالا میتواند ناشی از میزان آگاهی بیشتر این گروه باشد. در مطالعه Ho عنوان شده است که ترس از بیمار شدن یا مرگ ناشی از بیماری می تواند سبب بروز علایم استرس و اضطراب شدید به همراه سایر مشکلات سایکولوژیک گردد (۱۱).

در مطالعه حاضر در پاسخ به "نیاز به مشاوره در خصوص بیماری"، رابطه معناداری بین نمره استرس و این اعلام نیاز در پرسنل درمان مشاهده نشد حال آنکه در افراد عادی این رابطه معنادار بود. میزان آگاهی بیشتر کادر درمان در خصوص بیماری می تواند موجب کاهش نیاز به مشاور را موجب گردد. مطالعه Kalateh Sadati تأکید می کند در خصوص این بیماری جدید همانطور که نیاز به ویروس شناس و اپیدمیولوژیست احساس میشود، قطعاً نیاز بالایی به جامعه شناسان، انسان شناسان و روانشناسان، برای بهبود و اصلاح رفتارهای عامه مردم وجود دارد (۲۶).

یافته های مطالعه ما بیان کرد که گروهی از افراد عادی و کادر درمان که به سیستم پاسخگویی پزشکی دسترسی آسانی ندارند، استرس بالاتری را تجربه می کنند. همانطور که در مطالعات Liu و Zhou عنوان شده که تماس های تلفنی و آنلاین با سیستم های پاسخگویی میتواند در کاهش میزان فشار روانی ناشی از بیماری تأثیر مثبت داشته باشد (۲۸، ۲۷).

در بین جمعیت عادی مورد مطالعه حاضر افرادی که در طول دو هفته گذشته با اورژانس پزشکی تماس داشته اند اضطراب بالاتری را تجربه کرده اند ولی این امر در بین کادر درمان مشهود نبود. نیاز به تماس با اورژانس پزشکی و سیستم کمک درمانی تلفنی در افرادی که بطور دایم نگران سلامتی خود هستند بسیار مشهودتر می باشد.

براساس نتایج این مطالعه افرادی از جمعیت عادی که محدودیت خروج از منزل را رعایت کرده اند نمره استرس بالاتری نسبت به سایرین دارند ولی این نتایج در پرسنل درمان معنادار نبود. مطالعه Li عنوان می کند قرنطینه و در خانه ماندن اجباری سبب بروز آسیب های بسیاری برای مردم جامعه می گردد (۱۷). ولی در مطالعه Al-Rabiaah گزارش شده است که اجتناب از حضور در

بر اساس نتایج مطالعه حاضر نمره استرس کادر درمان و افراد عادی تفاوت آماری معناداری با هم نداشتند. علت این امر می تواند طرح های اجرایی از طرف سازمان های بهداشتی جهت اطلاع رسانی به مردم در خصوص بیماری و تماس های تلفنی مرتبط با این موضوع با اکثریت افراد جامعه باشد. بعلاوه قرنطینه خانگی در کنار دسترسی به منابع اطلاعاتی از قبیل اینترنت و تلویزیون در اکثر جمعیت شهری می تواند موجبات کسب آگاهی مرتبط با بیماری را فراهم نماید. در مطالعه Al-Rabiaah و Bergeron هم اینترنت بعنوان منبع اطلاعاتی رایج بین مردم اعلام شده است (۲۳، ۱۵). مطالعه Li همچنین عنوان کرده است که پرسنل شاغل در بخش های غیرمرتبط با بیماری و عموم مردم اضطراب یکسانی را تجربه می کنند. منتهی در این مطالعه گزارش شده است که کادر درمان شاغل در بخش های مرتبط با بیماری استرس کمتری را گزارش کرده اند که علت آن ممکن است آگاهی و دانش بیشتر کادر دخیل در درمان در خصوص بیماری و حاشیه های آن باشد (۱۲).

نتایج مطالعه حاضر عنوان کرده است که در بین پرسنل درمان جنسیت تأثیری در میزان استرس نداشته است ولی در خصوص افراد عادی، جنسیت و نمره استرس باهم مرتبط اند و در جنس مونث این اضطراب بیشتر گزارش شده است. علت این امر هم می تواند درگیری بیشتر بانوان با مسئولیت های منزل و در فشار قرار گرفتن آنها بواسطه شرایط قرنطینه و در خانه ماندن همه افراد خانواده باشد. در مطالعه Al-Rabiaah هم عنوان شده که دانشجویان دختر استرس بیشتری را نسبت به دانشجویان پسر در خصوص بیماری MERS تجربه کرده اند (۱۵). ولی در مطالعات Wong و Bergeron میزان استرس در جنسیت های مختلف مشابه بود و تفاوت چشمگیری نداشت که علت می تواند تفاوت های اجتماعی معمول باشد (۲۴، ۲۳).

در مطالعه حاضر بین وضعیت تاهل و میزان استرس رابطه آماری معناداری یافت نشد، درحالی که نتایج مطالعه Li عنوان می کند افراد متاهل و مطلقه استرس بیشتری را نسبت به مجردها تجربه می کنند (۱۲). علت تفاوت نتایج دو مطالعه می تواند تفاوت های محیط زندگی و دغدغه های هر گروه در جامعه خود باشد.

براساس نتایج مطالعه حاضر اینکه یکی از اعضای خانواده در کادر درمان باشد، تأثیری بر نمره استرس افراد نداشته است. بعلاوه در این مطالعه ارتباطی بین نمره استرس و سیگار کشیدن و نیز دوری کردن از افراد مشکوک به بیماری در جمعیت مورد مطالعه مشاهده نشد.

تجزیه و تحلیل داده های مطالعه حاضر بیان کرد که در افرادی از جمعیت عادی مردم استان که یک فرد سالمند در معرض بیماری در منزل داشتند نمره استرس، بالاتر و چشمگیر تر بود، منتهی این نتیجه در خصوص کادر درمان صدق نمی کرد. در مطالعه Al-Rabiaah نیز عنوان شده است که دانشجویان در دوران همه گیری

اجتماع، تأثیری در میزان استرس افراد ندارد (۱۵). بی شک تفاوت‌های فردی و اجتماعی می‌تواند بر میزان تأثیر قرنطینه بر افراد موثر باشد.

در بین افراد مبتلا به بیماری زمینه ای ۶ درصد از افراد عنوان کرده اند که در طول همه گیری کرونا بیماری شان تشدید شده است که این امر در افراد جمعیت عادی با نمره استرس شان رابطه معناداری را از خود نشان داد. مطالعه شجاعی نیز بیان می کند که این گونه افراد نیازمند مداخله روانکاو برای غلبه بر ترس و استرس ناشی از بیماری نوظهور می باشند (۲۹).

نتایج مطالعه حاضر عنوان کرده است که بین تغییرات وزن و نیز بی میلی به انجام کارهای روزمره و نمره استرس هر دو گروه (جمعیت عادی و کادر درمان) رابطه معناداری وجود دارد. پس می‌توان این گونه نتیجه گیری کرد که افرادی که استرس بیشتری را تجربه می کنند در انجام امور روزانه زندگی و نیز الگوی خواب و تغذیه دچار تغییرات و اختلالات بیشتری می شوند و متعاقب آن احساس بی میلی به امور روزمره و تغییرات وزن دور از انتظار نیست. هم چنین بر اساس نتایج مطالعه حاضر رعایت اصول قرنطینه در این دوران ارتباطی با نمره استرس فرد نداشته است و اینکه فرد در طول دوران قرنطینه اصول در خانه ماندن را رعایت کند یا خیر نمی تواند بر روی میزان ترس و دلهره ناشی از بیماری اثری داشته باشد. مطالعات Brooks و افزاشته نیز بطور مشابه اثرات قرنطینه را تایید می کنند (۶،۷).

تعطیل شدن شغل در دوران همه گیری در جمعیت عادی شرکت کننده در مطالعه با نمره استرس ارتباطی نداشته ولی این امر در کادر درمان موجب نمره بالاتری از استرس شده بود. مطالعه Zhang عنوان می کند بسیاری از افراد در قرنطینه مانده به علل مشکلات دیگر از قبیل به خطر افتادن یا از دست دادن شغل شان و مشکلات اقتصادی وابسته به آن شرایط روحی سخت تری را تجربه می کنند (۱۸).

کارکنان سلامت و افراد درگیر در درمان بیماران هم، در این اورژانس های پزشکی، از این قاعده مستثنی نیستند و نیاز به توجه و حمایت اجتماعی دارند (۱۷، ۱۸). این موضوع در مطالعه Kang هم تأکید شده است که جامعه و اطرافیان باید به طرق مختلف به کادر درمان بویژه کادر درمان در خط اول مبارزه با بیماری توجه ویژه داشته باشند (۳۰). بعلاوه اغلب پرسنل درمانی شاغل در

بیمارستان ها آموزش کافی برای فراهم کردن مراقبت‌های مرتبط با سلامت روان را ندیده اند (۲۰، ۲۱) و نیز در جریان اینگونه اتفاقات اورژانسی و همه گیری به علت سنگینی بار کاری، فرصتی جهت همدردی و یا همراهی با سایر افراد از نظر جنبه های روانشناختی وجود ندارد.

نتیجه گیری

بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، سطح استرس در کل جمعیت مورد مطالعه براساس طبقه بندی تعریف شده در حد خفیف قرار داشت اما تأثیرات روانی ناشی از همه گیری بیماری کرونا غیرقابل انکار است. شرایط زندگی، شغل و ثبات شغلی، سلامت جسمی و نگرانی در خصوص افراد خانواده همگی از عوامل موثر بر میزان استرس ناشی از بیماری جدید عفونی همه گیر هستند. دسترسی به سیستم مشاوره روانشناسی می تواند کمک موثری به بهبود شرایط روحی افراد در قرنطینه بنماید.

تشکر و قدردانی: این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی

مصوب دانشگاه علوم پزشکی قزوین با عنوان "بررسی روانشناختی عوامل موثر بر استرس ناشی از همه گیری کرونا در کادر درمان و جامعه شهر قزوین، بهار ۹۹" می‌باشد با کد اخلاق IR.QUMS.REC.1399.120 تصویب گردیده است. بدینوسیله نویسندگان بر خود لازم می دانند از کلیه کسانی که در تمام مراحل انجام پژوهش ما را یاری نموده اند از جمله مسئولین و اساتید دانشگاه علوم پزشکی قزوین، شرکت کنندگان و تمامی افرادی که ما را در انجام این طرح تحقیقاتی یاری کردند، کمال تقدیر و تشکر را داشته باشند

نقش نویسندگان: ارائه ایده و طرح اولیه، جمع آوری

داده‌ها، تکمیل پرسشنامه ها، تحلیل و تفسیر داده ها توسط تیم پژوهشی نامبرده در مقاله انجام گرفت. همه نویسندگان در نگارش اولیه مقاله یا بازنگری آن سهیم بودند و همه با تایید نهایی مقاله حاضر، مسئولیت دقت و صحت مطالب مندرج در آن را می پذیرند.

تضاد منافع: نویسندگان تصریح می کنند که هیچ گونه تضاد

منافعی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

منابع:

1. Taghdir M, Sepandi M, Abbaszadeh S, Parastouei K. A review on some Nutrition-Based Interventions in Covid-19. Journal Mil Med. 2020;22(2):169-76. doi: 10.30491/JMM.22.2.169
2. Farnoosh G, Ghanei M, Khorramdelazad H, Alishiri G, Farahani AJ, Shahriary A, et al. Are Iranian sulfur mustard-exposed survivors more vulnerable to SARS-CoV-2: some similarity in their pathogenesis. Disaster medicine and public health preparedness. 2020:1-2.

doi:10.1017/dmp.2020.156.

3. Who. Novel coronavirus (2019-nCoV) situation report 121 March, 20 2020 [Available from: https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports.
4. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. The Lancet.

2020;395(10223):497-506. doi:10.1016/S0140-6736(20)30183-5

5. Alimohamadi Y, Taghdir M, Sepandi M. The Estimate of the Basic Reproduction Number for Novel Coronavirus disease (COVID-19): A Systematic Review and Meta-Analysis. *Korean J Prev Med*. 2020.

6. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*. 2020. doi:10.1016/S0140-6736(20)30460-8

7. Afrashteh S, Alimohamadi Y, Sepandi M. The Role of Isolation, Quarantine and Social Distancing in Controlling the COVID-19 Epidemic. *Journal Mil Med*. 2020;22(2):210-1.

8. Anderson RM, Heesterbeek H, Klinkenberg D, Hollingsworth TD. How will country-based mitigation measures influence the course of the COVID-19 epidemic? *The Lancet*. 2020;395(10228): 931-4. doi:10.1016/S0140-6736(20)30567-5

9. Kim Y. Nurses' experiences of care for patients with Middle East respiratory syndrome-coronavirus in South Korea. *American journal of infection control*. 2018;46(7):781-7. doi:10.1016/j.ajic.2018.01.012

10. Liu C, Wang H, Zhou L, Xie H, Yang H, Yu Y, et al. Sources and symptoms of stress among nurses in the first Chinese anti-Ebola medical team during the Sierra Leone aid mission: A qualitative study. *International journal of nursing sciences*. 2019;6(2): 187-91. doi:10.1016/j.ijnss.2019.03.007

11. Ho C, Chee C, Ho R. Mental Health Strategies to Combat the Psychological Impact of COVID-19 beyond Paranoia and Panic. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*. 2020;49(1):1.

12. Li Z, Ge J, Yang M, Feng J, Qiao M, Jiang R, et al. Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control. *Brain, Behavior, and Immunity*. 2020. doi:10.1101/2020.02.29.20029322

13. Cava MA, Fay KE, Beanlands HJ, McCay EA, Wignall R. The experience of quarantine for individuals affected by SARS in Toronto. *Public Health Nursing*. 2005;22(5):398-406. doi:10.1111/j.0737-1209.2005.220504.x

14. Lin ECL, Peng YC, Tsai JCH. Lessons learned from the anti-SARS quarantine experience in a hospital-based fever screening station in Taiwan. *American journal of infection control*. 2010;38(4): 302-7. doi:10.1016/j.ajic.2009.09.008

15. Al-Rabiaah A, Temsah M-H, Al-Eyadhy AA, Hasan GM, Al-Zamil F, Al-Subaie S, et al. Middle East Respiratory Syndrome-Corona Virus (MERS-CoV) associated stress among medical students at a university teaching hospital in Saudi Arabia. *Journal of Infection and Public Health*. 2020. doi:10.1016/j.jiph.2020.01.005

16. Xiang Y-T, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T, et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The Lancet Psychiatry*. 2020;7(3):228-9. doi:10.1016/S2215-0366(20)30046-8

17. Li W, Yang Y, Liu Z-H, Zhao Y-J, Zhang Q, Zhang L, et al. Progression of Mental Health Services during the COVID-19 Outbreak in China. *International Journal of Biological Sciences*. 2020;16 (10):1732. doi:10.7150/ijbs.45120

18. Zhang J, Wu W, Zhao X, Zhang W. Recommended psychological crisis intervention response to the 2019 novel coronavirus pneumonia outbreak in China: a model of West China Hospital. *Precision Clinical Medicine*. 2020;3(1):3-8. doi:10.1093/pcmedi/pbaa006

19. Ebrahim SH, Memish ZA. COVID-19-the role of mass gatherings. *Travel Medicine and Infectious Disease*. 2020. doi:10.1016/j.tmaid.2020.101617

20. Lima CKT, de Medeiros Carvalho PM, Lima IdAS, de Oliveira Nunes JVA, Saraiva JS, de Souza RI, et al. The Emotional Impact Of Coronavirus 2019-Ncov (New Coronavirus Disease). *Psychiatry Research*. 2020;112915. doi:10.1016/j.psychres.2020.112915

21. Duan L, Zhu G. Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *The Lancet Psychiatry*. 2020;7(4):300-2. doi:10.1016/S2215-0366(20)30073-0

22. Zarghami M. Psychiatric aspects of coronavirus (2019-nCoV) infection. *Iran J Psychiatry Behav Sci*. 2020;14(1):e102957. doi:10.5812/ijpbs.102957

23. Bergeron SL, Sanchez AL. Media effects on students during SARS outbreak. *Emerging infectious diseases*. 2005;11(5):732. doi:10.3201/eid1105.040512

24. Wong JG, Cheung EP, Cheung V, Cheung C, Chan MT, Chua SE, et al. Psychological responses to the SARS outbreak in healthcare students in Hong Kong. *Medical teacher*. 2004;26(7):657-9. doi:10.1080/01421590400006572

25. Khodabakhshi-koolaei A. Living in Home Quarantine: Analyzing Psychological Experiences of College Students during Covid-19 pandemic. *Journal of Military Medicine*. 2020;22(2):130-8.

26. Sadati AK, B Lankarani MH, Bagheri Lankarani K. Risk Society, Global Vulnerability and Fragile Resilience; Sociological View on the Coronavirus Outbreak. 2020. doi:10.5812/semj.102263

27. Zhou X, Snoswell CL, Harding LE, Bambling M, Edirippulige S, Bai X, et al. The Role of Telehealth in Reducing the Mental Health Burden from COVID-19. *Telemedicine and e-Health*. 2020. doi:10.1089/tmj.2020.0068

28. Liu S, Yang L, Zhang C, Xiang Y-T, Liu Z, Hu S, et al. Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*. 2020;7(4): e17-e8. doi:10.1016/S2215-0366(20)30077-8

29. Shojaei SF, Masoumi R. The importance of mental health training for psychologists in COVID-19 outbreak. *Middle East Journal of Rehabilitation and Health Studies*. 2020;7(2). doi:10.5812/mejrh.102846

30. Kang L, Li Y, Hu S, Chen M, Yang C, Yang BX, et al. The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *The Lancet Psychiatry*. 2020;7(3):e14. doi:10.1016/S2215-0366(20)30047-X